

Espiradenomas ecrinos múltiples. Presentación de un caso*

Dr. Julio Enríquez Merino,* Dra. Leticia de Alba Alcántara,** Dra. Pía Estrella Iglesias,***
Dra. Margarita Flores Castellanos****

RESUMEN

El espiradenoma ecrino es un tumor raro derivado de las porciones ductal y secretoria de las glándulas sudoríparas ecrinas, de tamaño variable entre 1.5-5 cm, localizado frecuentemente en la parte anterior del tórax o región proximal de extremidades. La presentación múltiple de estos tumores es excepcional.

Palabras clave: Espiradenomas ecrinos múltiples

ABSTRACT

Eccrine spiradenoma is a rare tumor derived from ductal and secretory portions of the eccrine sudoripary gland, the size vary from 1.5 to 5 cm, frequently located to trunk and extremities. Multiple presentation is exceptional.

Key words: Multiple eccrine spiradenomas

ANTECEDENTES

El espiradenoma ecrino (EE) fue descrito inicialmente en detalle por Kersting y Helwig en 1956 luego de una serie reportada de 134 pacientes con EE,¹ después de ésta, se describió que la mayoría de los casos son lesiones solitarias, afecta grupos de edades entre los 15 y 35 años en 74% de los pacientes, generalmente inician en la juventud con igual frecuencia en ambos sexos.

Su diagnóstico clínico suele ser difícil. Experimentalmente se ha producido su formación por la inyección intratumoral de acetilcolina y abolida por atropina, se induce además por inyección de oxitocina.⁵

Luego de la primera descripción por Kersting y Helwig, su histogénesis ha sido muy controvertida, algunos autores han sugerido que se deriva de células basales, sin embargo, la presencia de enzimas de tipo

ecrino, la mezcla de células de tipo secretor y ductal, así como la demostración de un plexo nervioso periglandular sugieren que el EE se diferencia en dirección a los segmentos secretor y ductal de la glándula sudorípara ecrina o apocrina.⁴⁻⁶

La histopatología es característica, se presenta como una neoformación ovoide que puede estar constituida por uno o hasta diez nódulos, localizada en dermis y tejido celular subcutáneo, generalmente sólida o con estructuras quísticas. El tumor está formado por sus componentes celulares y estructuras tubulares. Los componentes celulares son células epiteliales pequeñas y oscuras, su núcleo es hipercromático, son negativas con la tinción de PAS, y tienden a disponerse alrededor de los vasos sanguíneos, en la periferia del tumor o en contacto directo con glóbulos de material eosinofílico homogéneo (constituidos por laminina y colágena tipo IV); las demás células son epiteliales grandes y pálidas, que se sitúan en el centro, con núcleo grande y ovoide, con cromatina fina y nucléolo aparente, citoplasma pálido y abundante, negativo con PAS; puede haber linfocitos en forma variable.

Las estructuras tubulares se observan como vacuolas intracitoplasmáticas o conductos bien definidos entre las células pálidas, además con células cuboidales, columnares o epiteliales planas.⁶

* Jefe del Servicio de Cirugía Dermatológica, CDP.

** Servicio de Cirugía Dermatológica, CDP

*** Residente 4to año Dermatología, CDP.

**** Residente 5to año Cirugía-oncológica, CDP.

Trabajo premiado con el 2do lugar de carteles en el XVIII Congreso Mexicano de Dermatología 1998.



Figura 1.



Figura 2.

Figuras 1 y 2. Nótese las neoformaciones rosadas, de aspecto traslúcido.

Hallazgo clínico de importancia es el dolor paroxístico; el tamaño de las lesiones varía de 0.3 a 5 cm de diámetro, cupuliformes, de consistencia suave y moderadamente firme, recubiertos de piel de color normal, azulada o eritematosa, a veces con telangiectasias en la superficie y se localizan preferentemente en la parte anterior del tórax o región proximal de las extremidades.¹

Es un tumor de anexos, benigno, pero se han reportado casos de transformación maligna. Se diferencia hacia la porción ductal y secretora de la glándula sudorípara ecrina. La distribución topográfica puede variar desde ser localizados, lineales, con distribución zosteriforme o multifocales.²⁻⁷

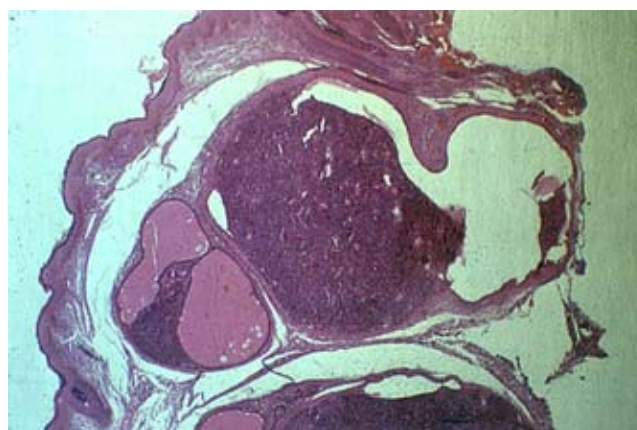


Figura 3.

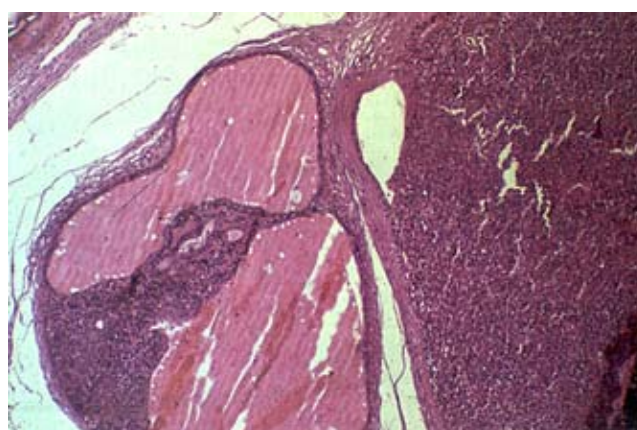


Figura 4.

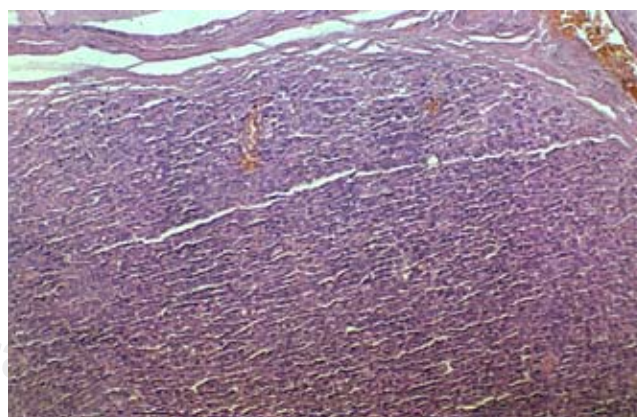


Figura 5.

Figuras 3 al 5. Masas tumorales de cordones de células epiteliales pequeñas oscuras con cavidades con glóbulos rojos y linfa y numerosos folículos pilosebáceos.

CASO CLÍNICO

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Paciente de sexo femenino de 47 años de edad dedicada al hogar, casada; originaria de Guerrero y residente del Estado de México. Fue valorada inicialmente en el CDP el 10 de noviembre de 1995.

TOPOGRAFÍA Y MORFOLOGÍA

Dermatosis localizada a la cabeza de la cual afecta región frontal, párpados superiores, mejillas, pabellones auriculares y dorso de nariz. Bilateral y simétrica. Constituida por múltiples neoformaciones de 0.2 a 0.5 centímetros, hemiesféricas, rosa pálido, brillantes, translúcidas, firmes, algunas con telangiectasias en su superficie, de bordes bien definidos. Crónicas y dolorosas (*Figuras 1 y 2*).

RESTO DE PIEL Y ANEXOS

Nevos rubí y queratosis seborreicas en tronco.

INTERROGATORIO

Inicia su padecimiento 2 años previos a su consulta con 2 neoformaciones de color rosa en la región frontal que luego afectaron resto de cara, se han incrementado en número, sin tratamiento previo.

ANTECEDENTES

Personales patológicos: alérgica a material yodado. Antecedentes heredofamiliares negados.

DIAGNÓSTICO CLÍNICO INICIAL

Espiradenomas ecrinos vs cilindromas.

HISTOPATOLOGÍA

Los cortes muestran una epidermis atrófica con hiperqueratosis. En la dermis subpapilar y profunda

hay cordones de células epiteliales, pequeños, oscuros con algunas cavidades con glóbulos rojos y linfa. En el resto del corte hay numerosos folículos pilosebáceos hipotróficos. Con los datos anteriores se confirma el diagnóstico de espiradenoma ecrino (*Figuras 3 al 5*).

TRATAMIENTO

Se canalizó al Servicio de Cirugía Dermatológica donde se extirparon mediante cierre directo todas las lesiones de pabellones auriculares, región frontal e infraciliar derecha, con excelente resultado cosmético.

CONCLUSIONES

Se presenta el caso de EE ya que es una entidad poco frecuente, usualmente localizada a tronco, cabeza, cuello o extremidades superiores. Las características clínicas e histológicas son propias y se debe hacer diagnóstico diferencial principalmente con cilindromas y angioleiomiomas, además con otros tumores dolorosos como leiomioma, neuroma, dermatofibroma, angioliopoma, neurilemoma, endometrioma, tumor glómico y tumor de células granulares.⁸

BIBLIOGRAFÍA

1. Kersting DW, Helwing EB. Eccrine spiradenoma. *Arch Dermatol* 1956; 73: 199.
2. Cooper PH, Frierson HF, Morrison GA. Malignant transformation of eccrine spiradenoma. *Arch Dermatol* 1985; 121:1445.
3. Reus P, Chyu J, Mederica M. Multiple eccrine spiradenoma: case report and review. *J Cutan Pathol* 1988; 15: 226-229.
4. Shelly WB, Wood Mg. A zosteriform network os spiradenomas. *J Am Acad Dermatol* 1980; 2: 59.
5. De la Barreda F, Vega M, Domínguez L et al. Espiroadenoma Ecrino: Análisis de trece casos. *Dermatol Rev Mex* 1995; 39(3):142-145
6. Diógenes MJN, Leitao GMF, Cabral SEX et al. Leiomioma multiplo associado com espiroadenoma ecrino. *Med Cut ILA* 1990; 18:341-343
7. Mambo NC. Eccrine Spiradenoma: Clinical and Pathological Study of 49 tumors. *J Cutan Pathol* 1983;10:312
8. Herzberg A, Murphy G. Painful Tumors of the Skin. *Dermatol Surg Oncol* 1993; 19:250-258.